

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FISTULES UTÉRO-PARIÉTALES

CONSECUTIVES A

L'OPÉRATION CÉSARIENNE CONSERVATRICE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Juillet 1919

PAR

Georges HUREAU

Né à Ile d'Yeu (Vendée); le 18 février 1889

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

VALLOIS, professeur, *Président*.
DE ROUVILLE, prof. adj.
P. DELMAS, agrégé.
DESMONTS, ch. de cours. } *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FISTULES UTÉRO-PARIÉTALES

CONSÉCUTIVES A

L'OPÉRATION CÉSARIENNE CONSERVATRICE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FISTULES UTÉRO-PARIÉTALES

CONSÉCUTIVES A
L'OPÉRATION CÉSARIENNE CONSERVATRICE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Juillet 1919

PAR

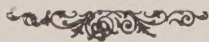
Georges HUREAU

Né à Ile d'Yeu (Vendée), le 18 février 1889

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ VALLOIS, professeur, *Président*.
DE ROUVILLE, prof. adj.
P. DELMAS, agrégé. } *Assesseurs*.
DESMONTS, ch. de cours.



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA (*).	ASSESEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O *)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GLIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIREN (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABAU (✚).
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N...
Clinique médicale.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DR ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DR ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, prof.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O * ✚) a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN * ✚, a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards...	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS. (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.)
Stomatologie.....	WATON (✚) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELT (*).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (* ✚).	J. DELMAS (✚).	PECH * (ch. d'agr.).
RICHE.	RIMBAUD.	

Examineurs de la thèse

MM. VALLOIS, professeur, <i>président</i> .	MM. P. DELMAS, agrégé.
DE ROUVILLE, professeur adjoint.	DESMONTS, ch. de cours.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FEMME ET A MES ENFANTS

Ma petite ANDRÉE et mon gros JEAN

A MES DEUX FRÈRES

A MON BEAU-FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A TOUS MES PARENTS

G. HUREAU.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLOIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MON JURY DE THÈSE

A TOUS MES MAÎTRES
DANS LES HÔPITAUX DE NANTES

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
GUILLEMET, GROSSE ET SÉBILLEAU

MEIS ET AMICIS

G. HUREAU.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FISTULES UTÉRO-PARIÉTALES

CONSÉCUTIVES A

L'OPÉRATION CÉSARIENNE CONSERVATRICE

I

HISTORIQUE

Autrefois l'opération césarienne était rarement pratiquée et presque fatalement suivie de mort. Sa vulgarisation et l'amélioration des conditions opératoires, ont permis de voir et d'étudier certaines de ses complications, telles les fistules utéro-pariétales. Ces fistules sont encore rares et Nuville (Thèse de Toulouse, 1910-11), n'en a rassemblé qu'une quinzaine de cas.

A la Clinique obstétricale de Nantes, notre maître, M. le professeur Grosse, en a observé deux cas.

Des quelques observations parues jusqu'à présent, et de

ces deux cas, aidé puissamment par les conseils de notre maître, nous avons tiré les éléments de cette thèse.

Sur la fréquence de ces fistules utéro-pariétales consécutives à l'opération césarienne conservatrice, on a peu de données; beaucoup d'observations ne sont pas publiées; beaucoup de ces fistules, la majorité, croyons-nous, insignifiantes pour la plupart, n'apparaissent que tardivement, après la sortie de la femme de l'hôpital et restent ignorées de l'opérateur.

II

CAUSES

Les fistules utéro-pariétales sont causées, quelques rares fois par la désunion des lèvres de la plaie utérine, mais, dans l'immense majorité des cas, l'infection, puis l'élimination des fils de la suture utérine est l'origine de ces fistules utéro-pariétales consécutives à l'opération césarienne conservatrice.

Cette infection peut provenir des fils eux-mêmes. On emploie presque toujours des fils non résorbables, lin ou soie, qui sont infectés, ou accidentellement au cours de l'intervention, ou contaminés par défaut d'asepsie ; mais, en général, la contamination de ces fils n'est que secondaire, l'infection initiale étant d'origine utérine.

La tranche utérine peut être infectée, au cours de l'intervention, soit par faute d'asepsie ou par technique opératoire défectueuse, soit par complication opératoire prolongeant et aggravant l'intervention, par exemple l'ouverture ou la déchirure d'une anse intestinale adhérente.

Mais l'infection de la suture est le plus souvent due à l'état septique de l'utérus et de son contenu. L'infection des voies génitales préexiste à l'accouchement ; on a alors affaire à des femmes atteintes de vaginite, métrite, endométrite, le gonocoque étant l'agent principal de cette in-

fection. L'utérus est infecté, dans les jours qui suivent l'intervention, par voie ascendante. Fruhinsholz a démontré que les lochies étaient un excellent milieu de culture pour le gonocoque.

Du reste, Léopold dit que la gonorrhée, soit qu'elle existe à l'état pur, soit qu'il s'agisse d'infections secondaires établies à la faveur du gonocoque, est une contre-indication absolue à la conservation de l'utérus dans l'opération césarienne.

Dans la plupart des cas, l'infection utérine est contemporaine de l'accouchement. Elle est plus fréquente chez ces femmes amenées dans les Maternités en désespoir de cause, après avoir été soumises chez elles à des examens, des touchers répétés, et même après avoir subi plusieurs tentatives infructueuses de forceps dans des conditions d'asepsie le plus souvent déplorables sinon inexistantes.

Autrefois, par crainte d'accidents septiques, les accoucheurs s'en tenaient aux indications classiques pour conserver l'utérus lors d'une opération césarienne; il fallait :

- 1° Opérer avant le début ou au tout début du travail;
- 2° L'intégrité absolue des membranes.

« A partir du moment où le travail est commencé et où le toucher a été pratiqué, à plus forte raison si l'œuf a été ouvert, l'asepsie du milieu utérin devient douteuse. Dans ces conditions, la césarienne conservatrice devient dangereuse et ses résultats aléatoires » (Riss).

Marioton, ne restant pas dans des limites aussi restreintes, étudie le pronostic éloigné de l'opération césarienne classique, d'après des documents recueillis dans le service de M. Bar, et conclut : « L'opération césarienne ne saurait être pratiquée à la légère, il importe d'observer la plus grande prudence dans le choix des cas où cette intervention est indiquée. Seuls les cas purs où nul risque d'infec-

tion ne paraîtra menaçant, en seront justiciables ». S'il s'agit d'une opération césarienne itérative, il convient d'observer une plus grande rigueur et d'opérer avant tout début de travail. « La césarienne précoce avant tout début de travail s'impose plus encore pour une opération itérative que pour une première opération » (Marioton). Morand, dans sa thèse, soutient la même opinion.

Cependant, depuis quelques années, grâce aux progrès réalisés dans la technique opératoire : extériorisation de l'utérus, soins apportés à la suture utérine, asepsie plus rigoureuse, les indications de l'opération césarienne conservatrice se sont beaucoup étendues et on possède des observations (Boquel, Lepage, Ribemont, Dessaigne et Le Lorrier, Grosse), où l'opération césarienne conservatrice fut pratiquée avec succès, lors même que le travail durait depuis longtemps, que, depuis plusieurs heures, les membranes étaient rompues et que parfois l'enfant avait perdu du méconium. Dans chaque cas, les opérateurs furent guidés par des considérations particulières, poulx, bon état général de la femme, ne paraissant pas avoir été soumise à des contacts trop septiques.

Il est évident qu'à la suite de ces interventions, le risque d'infection étant plus grand, les opérateurs auront plus fréquemment l'occasion d'observer des fistules utéro-pariétales consécutives.

L'infection utérine, cause première de l'infection des sutures, peut aussi, mais plus rarement, avoir pour origine, la fétidité des lochies surtout lorsqu'elles stagnent à l'intérieur de l'utérus, ou la rétention de lambeaux de membranes dont le décollement a été incomplet au cours de l'opération césarienne.

L'infection de la suture est aussi influencée par la nature des fils employés; les accidents surviennent principalement

avec les fils de soie ou de lin. En effet, certains opérateurs traversent entièrement la paroi utérine caduque comprise pour faire leur suture. Les fils, grâce au serrage du nœud, des contractions utérines, sectionnent la caduque puis s'isolent dans l'épaisseur du muscle utérin, mais ils sont imprégnés par le contenu de la cavité utérine et pour peu que celui-ci soit septique, ils donnent lieu à un abcès quelquefois tardif qui se fistuliserait.

Dans les premiers jours du post-partum, l'utérus est volumineux, tuméfié, béant et plonge dans le vagin, il est le siège d'une vaste plaie placentaire, sa cavité contient quelques caillots, toutes ces conditions favorisent son infection, par cela même l'infection de la suture.

Si l'infection joue le rôle principal dans la formation des fistules utéro-pariétales consécutives à l'opération césarienne conservatrice, il faut aussi y ajouter toutes les conditions qui empêchent l'union parfaite des lèvres de l'incision utérine, qui nuisent à l'étanchéité de la suture et permettent la communication de la cavité utérine avec le péritoine. Parmi ces causes de désunion de la plaie utérine, on peut citer :

1° Les sutures mal faites, soit que les nœuds se défassent, soit que le fil manque de solidité;

2° Les suintements sanguins;

3° Les contractions utérines qui causent la désunion des lèvres de la plaie, le desserrement des nœuds de la suture et les suintements sanguins;

4° Enfin, l'abus de l'ergotine.

III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les fistules utéro-pariétales consécutives à l'opération césarienne conservatrice succèdent toujours à un abcès de l'utérus qui se développe au niveau de la suture, puis qui chemine dans les parois et vient s'ouvrir soit dans la cavité utérine, soit à la peau.

La fistule utéro-pariétale une fois constituée présente un trajet et un ou des orifices.

Si le trajet, partant d'un ou plusieurs orifices externes, aboutit en cul-de-sac dans le muscle utérin au niveau de la zone cicatricielle, la fistule est borgne externe. Ce sont de beaucoup les plus fréquentes. Si l'abcès utérin se fait vers la cavité de l'organe, il s'établit une fistule borgne interne, qui, le plus souvent, passera inaperçue.

Enfin, l'abcès peut s'ouvrir par un trajet plus ou moins sinueux, plus ou moins complexe, qui fait communiquer, soit par une large voie, soit par un étroit couloir, la cavité utérine avec la paroi abdominale. La fistule utéro-pariétale est alors complète. Ce sont les plus gênantes et les plus graves.

Orifice externe. — L'orifice externe de la fistule est, en général, situé sur le trajet de la cicatrice ou à son voisinage,

il siège le plus fréquemment à l'une des extrémités, plus souvent à l'extrémité supérieure, près de l'ombilic; c'est le cas le plus fréquent pour les fistules complètes; il est cutané ou musculo-cutané, le plus souvent unique, arrondi ou allongé dans le sens de moindre résistance, c'est-à-dire dans le sens de la cicatrice cutanée.

Trajet. — Le trajet est unique ou multiple, ces diverses voies communiquant ensemble ou séparées. Ces diverticules, ces voies multiples correspondent aux décollements inflammatoires des tissus, beaucoup proviennent aussi de l'évolution des abcès successifs de la cicatrice utérine, de l'occlusion temporaire de l'ancienne fistule, suivie de l'ouverture d'une nouvelle issue permettant au pus et aux fils de s'éliminer. La lumière de ce canal pathologique est bordée par du tissu inflammatoire; les bourgeons charnus de ces tissus peuvent, rarement il est vrai, se réunir et boucher ainsi le trajet.

La fistule vieillissant, les tissus qui la bordent subissent une sclérose de plus en plus prononcée; ils deviennent blanc rosé, puis d'une teinte plus mate, ils résistent et crient sous le bistouri. Cette sclérose assure l'écartement des bords du canal, prépare l'épidermisation des bords, la lésion est durable et rebelle à la guérison.

Infundibulum. — L'origine de l'abcès utérin siège toujours au niveau de la suture utérine; il y a d'abord formation d'un petit cratère, puis peu à peu, toute l'incision utérine rétractée s'infecte, les points de suture très rapprochés alors les uns des autres s'infectent tour à tour et se libèrent progressivement. Le trajet que le pus s'est créé vers la paroi servira pour l'élimination successive de ces fils de soie ou de lin.

Paroi utérine. — Si l'infection est modérée, si l'abcès ne fait qu'effleurer la paroi utérine, celle-ci conserve son épaisseur et sa solidité; de même en ce cas, les adhérences seront moindres et moins serrées que si l'abcès intéresse, pendant une durée assez longue, toute l'étendue de la zone cicatricielle et utérine et de la paroi abdominale et de la peau.

Sur toute l'étendue de la zone cicatricielle, la paroi utérine est donc plus ou moins touchée. Le muscle utérin peut n'être creusé que par une profonde gouttière (observation de Couvelaire), mais ce muscle existe il peut remplir sa fonction, sa solidité est suffisante. Il peut, au niveau de la zone cicatricielle affectée par l'infection disparaître complètement, les parties voisines musculaires de l'organe sont alors réunies par une lame de tissu fibreux plus ou moins dense, assurant encore à l'utérus une solidité presque suffisante (*Centralblatt*, de Dresde, n° 5, 29 janvier 1910). Enfin, il se peut qu'en certains points, il n'existe plus ni fibre musculaire, ni même de tissu fibreux, la paroi de l'organe est alors représentée par le seul feuillet péritonéal qui recouvre l'utérus, c'était le cas dans notre première observation, en deux points la minceur de ce feuillet péritonéal égalait celle d'un papier à cigarette et on voyait par transparence le doigt qui refoulait cette fragile cloison.

Adhérences. — On a pu observer des adhérences utéro-pariétales, intestinales ou épiploïques. La cicatrice utérine peut adhérer largement à la peau et Lepage a publié une observation, où il fut obligé, pour une adhérence longue de 5 centimètres, d'enlever la peau de l'abdomen en même temps que l'utérus.

Ces adhérences, ces tractus fibreux affectent, en général, la forme d'un éventail, la cicatrice cutanée étant le bord large de l'éventail, le pied est marqué par la cicatrice uté-

rine rétractée. Sur l'utérus, la zone cicatricielle d'où partent les adhérences est réduite à quelques centimètres et les points de suture primitivement séparés par quelque distance, un centimètre et demi en moyenne, sont rapprochés et pour ainsi dire en contact par suite de la régression utérine (obs. III).

Ces adhérences qui unissent l'utérus à la paroi abdominale réalisent une véritable hystéropexie, l'organe est attiré en haut et en avant, devenant ainsi un organe abdominal en anteversion forcée.

IV

SYMPTOMES

Quelquefois, la fistule s'établit dans les jours qui suivent l'opération, succédant à l'ouverture en dehors d'une collection purulente utéro-abdominale, mais le plus souvent la fistule apparaît longtemps après l'opération césarienne.

Le début de l'abcès utérin est lent et insidieux et, dit Nuville, « ne résulte pas d'une infection puerpérale, mais plutôt d'une infection postérieure par voie sanguine ou lymphatique ou par voisinage ». L'utérus est peu ou pas douloureux, la femme ne ressent aucun frisson, elle ne présente pas de contracture abdominale, pas de météorisme ni d'anorexie. Ce début n'est marqué par aucune élévation thermique, il n'y a ni vomissements, ni troubles vésicaux. La malade n'accuse même pas la moindre douleur dans le bas-ventre.

Quelquefois, dans les jours qui suivent l'opération, on remarque une petite collection purulente de la paroi, semblant un petit abcès superficiel qui se ferme rapidement aussitôt vidé, la femme sort de la Maternité en apparence guérie; puis quelques semaines, quelques mois, quelquefois

quelques années après, il se forme un nouvel abcès et la fistule s'établit. Chez quelques-unes de ces malades on a pu dans les jours qui suivirent l'intervention, noter une très légère élévation thermique qui n'a pas duré et n'a pas prolongé le séjour de la malade à l'hôpital.

Hergott, en octobre 1909, a rapporté un cas de fistule complète qui s'établit dans les jours qui suivirent l'opération; au cours d'une irrigation intra-utérine, on s'aperçut que le liquide reflua par les orifices abdominaux de deux collections purulentes qui s'étaient ouvertes cinq à six jours après l'intervention (Société obstétricale de France, octobre 1909).

Mais, en général, l'abcès puis la fistule s'établissent tardivement, il s'agit toujours de fils non résorbables, soie ou lin, enfouis dans les tissus. Ces fils contaminés soit pendant l'acte opératoire, soit par une légère infection utérine, soit par voie sanguine ou lymphatique, une fois enfouis, sont le point de départ de l'abcès.

Une malade de Jeannin (Thèse de Marioton), subit, pour la seconde fois, à Tarnier, l'opération césarienne, le 30 août 1909. Un an après, en juillet 1910, elle souffre du côté droit; en juillet 1911, on incise l'abcès et on reconnaît son origine utérine.

Une malade de Burty subit une césarienne en mai 1909, en janvier 1910, elle présente, dans la région ombilicale, un abcès qui se fistulisa.

Dans notre observation II, l'abcès débute plusieurs mois après l'opération, la femme avait marqué une très légère élévation thermique, $37^{\circ}8$, dans les jours qui suivirent l'intervention.

La fistule donne un écoulement le plus souvent peu abondant, séreux ou séro-purulent, qui se tarit parfois pour re-

paraître quelque temps après, soit par le même orifice, soit par un nouvel orifice voisin du premier.

Fistule complète. — Quand la fistule est complète, le sang des règles pourra sortir par l'orifice abdominal et même on a pu noter, dans notre première observation, l'issue de caillots sanguins lors d'un avortement de trois mois.

Une injection de liquide coloré, bleu de méthylène, solution de permanganate de potasse, poussée dans la cavité utérine, viendra sourdre par l'orifice cutané de la fistule.

On pourra aussi, mais le moyen est souvent inutile et parfois dangereux, introduire un stylet par l'orifice abdominal, cet instrument va à la rencontre d'un hystéromètre introduit dans la cavité utérine; on percevra le contact spécial métallique de ces deux instruments.

Fistules borgnes, externes ou incomplètes. — L'orifice siège, en général, sur le trajet de la cicatrice, il est soit au sommet d'un mamelon, soit au fond d'un repli cutané, soit caché par un bourgeon charnu, soit au fond d'une dépression en cul-de-poule. Le stylet sera parfois nécessaire pour reconnaître cet orifice s'il est très petit. Sa coloration, rosée au début, devient plus terne à la longue.

La peau voisine peut être le siège d'une dermite plus ou moins intense, l'orifice de la fistule sera d'autant plus malaisé à découvrir, que souvent une croûte mince le recouvrira lui donnant ainsi toute l'apparence d'un des points de folliculite, voisins. Cet orifice punctiforme, ou plus grand, arrondi ou allongé dans le sens d'un pli de la peau, laisse sourdre, continuellement ou par intermittence, un liquide séreux ou séro-purulent, on pourra, en pressant au pourtour, amener à l'orifice une petite goutte suintante.

Mais le meilleur signe et le plus certain, sera l'élimina-

tion successive par l'orifice de la fistule, de fils de suture lors de la formation des abcès à répétition.

Quelquefois, la paroi abdominale est tellement amincie autour de l'orifice de la fistule qu'il y a une véritable éventration par laquelle le doigt peut pénétrer dans la cavité abdominale.

V

FISTULES UTERO-PARIETALES ET GROSSESSES
ULTERIEURES

Quel est l'avenir d'une femme atteinte de fistule utéro-pariétale?

L'observation de Lepage, les deux notes, les observations citées dans la thèse de Nuville, prouvent que la grossesse est compatible avec l'existence de ces affections. Cependant la possibilité de grossesse sera subordonnée à l'importance de la fistule, à l'état de l'utérus.

Dans notre première observation, il y eut une première grossesse, terminée par l'expulsion prématurée à trois mois; il faut remarquer que cette femme présentait alors une large fistule utéro-abdominale complète, donnant chaque mois, avant la grossesse, issue aux règles, mais que trois mois plus tard cette même femme, redevenant enceinte, elle mena sa grossesse à terme, mais alors la fistule n'était plus complète, elle était fermée du côté de la cavité utérine. Dans notre seconde observation, la femme redevint enceinte et conduisit sa grossesse à terme, elle n'était du reste atteinte que d'une petite fistule borgne, externe, insignifiante.

Il semble donc que les fistules borgnes fermées du côté

utérin, retentissent peu sur l'utérus, sur sa fécondation et sur l'évolution de l'œuf.

Mais la solidité d'un tel organe peut être mise en doute quand il doit être distendu par l'œuf et surtout quand il doit procéder à l'expulsion de son contenu; une rupture est à craindre et cependant cet accident est rare; nous n'avons pu relever aucun cas de rupture utérine pendant le travail; quelques cas de rupture pendant la grossesse sont relatés; Doléris rapporte un cas de rupture utérine à 7 mois; Nuville, dans sa thèse, en rapporte un cas publié par la *Centralblatt*, de Dresde, n° 5, janvier 1910: « Il se forma, dit-il, au quatrième mois d'une grossesse postérieure à une césarienne, une fistule utéro-pariétale qui fut l'amorce d'une rupture utérine; la grossesse se continua, mais, au septième mois, il fallut intervenir, seules les adhérences inflammatoires empêchaient l'issue de l'enfant dans la cavité abdominale, par la rupture ».

La possibilité de rupture utérine dépend surtout du degré de l'infection, de l'importance de l'abcès qui frappa la suture utérine. Cependant, ce qui reste de la paroi utérine résiste bien, mieux que l'on serait tenté de le croire. Couvelaire, faisant une délivrance artificielle chez une femme ayant subi antérieurement une opération césarienne suivie d'abcès, avec élimination de plusieurs catguts de sa paroi utérine, constata l'existence d'une profonde gouttière creusant la paroi utérine, au niveau de la cicatrice qui était adhérente à la paroi abdominale; cette femme accoucha spontanément, en 1904, d'un enfant de 4 kil. 090; en 1906, d'un enfant de 3 kil. 900, et en 1907, d'un enfant de 4 kil 300 qui se dégagait par la face. Dans notre première observation, la cicatrice utérine avait, par endroits, la minceur d'un papier à cigarette et avait cependant résisté pendant toute la durée de la grossesse et lorsque l'opération césari-

rienne fut pratiquée, la femme ayant un bassin infantile, le diamètre promonto-pubien étant de 8,2, l'enfant pesait 3 kil. 490. Dans notre seconde observation, la malade atteinte, il est vrai, d'une fistulette insignifiante, accoucha spontanément d'un enfant de plus de 4 kilogrammes.

Influence des adhérences sur le travail. — Les adhérences, nous l'avons vu, réalisent une véritable hystéropexie, maintenant l'utérus en anteversion. L'hystéropexie faisant suite à une opération césarienne conservatrice, prédispose davantage la femme aux accidents au cours de la grossesse ou d'un accouchement, qu'une hystéropexie opératoire; en effet, dans le premier cas, les adhérences fixant l'organe partent de la cicatrice qui intéresse et la face antérieure et le fond de l'utérus, tandis que dans le second cas l'organe est fixé par sa paroi antérieure.

Sous l'influence de la grossesse, ces adhérences s'allongent, se ramollissent, facilitant ainsi la mobilisation de l'utérus. Le développement de cet organe s'effectue surtout aux dépens de son fond et de sa face postérieure, surtout aux dépens du fond, la femme sera d'autant plus sujette aux douleurs par tiraillement au niveau des adhérences; l'interruption prématurée de la grossesse est un accident possible.

Enfin, du fait même des adhérences et de la position de l'utérus, certaines complications peuvent surgir lors de l'accouchement.

Lenteur du travail;

Irrégularité, faiblesse ou défaut des contractions; lenteur et même défaut de l'engagement.

Action de la gestation sur la fistule. — La gestation semble avoir une influence favorable sur l'évolution des fistules utéro-pariétales complètes ou incomplètes.

Dans notre première observation, la fistule permanente complète se ferme du côté de la cavité utérine à la suite d'une première gestation interrompue par un avortement au troisième mois. La fistule complète s'est transformée en fistule borgne externe.

Trois mois plus tard, la femme redevenant enceinte, l'écoulement se tarit et peu après le début de cette seconde grossesse la fistule se ferme complètement et reste occluse pendant toute la gestation.

Dans notre seconde observation, la fistule se ferme spontanément au début de la gestation vers le deuxième mois, pendant toute la grossesse et après l'accouchement spontané de la femme, chez elle, la fistule demeure occluse et semble définitivement guérie. En avril 1914, la fistule s'est rouverte, laisse sourdre par son orifice quelques gouttes de sérosité, mais n'incommoder nullement la malade.

A l'encontre de ce qu'on pourrait croire, le développement de l'utérus pendant la gestation semble donc s'opposer à l'évolution de l'abcès de la cicatrice utérine. L'hyperplasie et la congestion de l'organe arrête, du moins pour une certaine durée, le processus inflammatoire et l'infection et par là même tarit la fistule.

VI

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la fistule utéro-pariétale consécutive à l'opération césarienne conservatrice est, en général, facile.

On se basera sur le début de l'affection, la persistance de l'écoulement, la guérison apparente, puis l'ouverture d'une nouvelle fistule. La direction, la profondeur du trajet fistuleux; l'élimination par celui-ci de débris de fils de la suture utérine permettront, dans l'immense majorité des cas, d'en reconnaître l'origine utérine.

S'agit-il d'une fistule complète ouverte dans l'utérus ou d'une fistule borgne externe; la distinction sera parfois malaisée, mais l'écoulement périodique du sang par l'orifice cutané de la fistule au moment des règles, le reflux par cet orifice du liquide d'une injection colorée poussée dans la cavité utérine, sont des indices certains de fistule complète. Enfin, dans le doute, l'exploration du trajet de la fistule par un stylet, combinée à l'introduction d'un hystéromètre dans la cavité utérine, donnera la sensation de contact entre les deux instruments métalliques; il convient d'être très prudent car ces recherches peuvent être dangereuses.

VII

PRONOSTIC

Le pronostic de ces affections est très bénin pour la femme qui en est atteinte, sauf éventualité, toujours possible, d'une dégénérescence cancéreuse des parois de la fistule.

Abandonnées à elles-mêmes, ces fistules guérissent rarement ; la guérison est quelquefois obtenue après le rejet des fils de suture infectés, mais le plus souvent, la fistule demeure permanente ; un abcès se tarit, un autre survient après un temps plus ou moins long donnant lieu à un nouveau trajet et parfois à des trajets fistuleux multiples et à plusieurs orifices cutanés.

VIII

TRAITEMENT

Le traitement des fistules utéro-pariétales consécutives à l'opération césarienne conservatrice, sera d'abord prophylactique, puis curatif.

Traitement prophylactique. — L'opération césarienne devra être pratiquée avec l'asepsie la plus rigoureuse, en protégeant du mieux possible la cavité abdominale contre l'irruption du sang ou du contenu de l'œuf, pour cela l'extériorisation de l'utérus est très importante.

Les abcès utérins étant provoqués par l'élimination des fils non résorbables, on emploiera des fils de lin ou de soie quand l'œuf n'est pas rompu; quand la femme est vierge de toute infection antérieure, au point de vue génital (gonorrhée), on réalisera ainsi le maximum de sécurité pour la solidité de la suture utérine. Au contraire, si on opère dans des conditions suspectes au point de vue de l'asepsie, si les membranes sont rompues depuis un certain temps, si la femme a présenté antérieurement une affection génitale, il sera préférable de n'employer, pour effectuer la suture utérine, que des fils résorbables, du catgut par exemple, de grosseur convenable, en prenant toutes précautions afin d'éviter le déserrement des nœuds.

Ce traitement prophylactique se résume donc en deux mots :

- a) Eviter l'infection ;
- b) Faire une bonne suture.

Pour ce faire, chaque opérateur suit une technique qui lui est propre.

Mouchotte décrit ainsi sa façon de procéder :

« Toutes nos sutures utérines ont été classiques ; fils de catgut séparés, traversant toute l'épaisseur des tranches musculaires, puis surjet musculo-séreux au catgut. Nous avons pris soin de passer les fils séparés à deux centimètres au moins de chaque côté de la ligne d'incision, afin de comprendre dans l'anse nouée une plus grosse masse de tissu utérin, d'écraser davantage l'une contre l'autre les surfaces cruentées des deux tranches de section, d'affronter en fin de compte des tranches musculaires rendues artificiellement plus épaisses. Si la précaution fut inutile dans deux cas où la paroi de l'utérus rétracté avait une épaisseur considérable (3 à 4 centimètres), elle fut utile dans plusieurs cas, notamment dans celui où la paroi musculaire était d'une grande minceur. Nous avons pris soin également de faire le surjet musculo-nerveux très profond ».

Notre maître, le professeur Grosse, procède ainsi : « Premier plan de suture (soie ou catgut) en prenant toute l'épaisseur de la tranche utérine, moins la muqueuse ; l'aiguille est enfoncée à un bon centimètre des bords de l'incision, et les points serrés en invaginant dans la suture les bords péritonéaux de l'incision ; les points sont étagés à un centimètre et demi à deux centimètres les uns des autres. Par-dessus ce premier plan, un second plan superficiel, musculo-séreux, au catgut à points séparés, de façon à enfouir complètement la première ligne de suture et à obtenir sur toute sa longueur une sorte de bourrelet de renforce-

ment et un large adossement des surfaces péritonéales, dont l'accolement rapide est la meilleure garantie de l'étanchéité de la suture ». « Nous croyons, dit autre part le même auteur, surtout lorsqu'il s'agit de fils non résorbables, qu'il est préférable de ne pas les faire pénétrer dans la cavité utérine, où ils peuvent se trouver en contact de liquides septiques et s'infecter ».

Traitement curatif. — La fistule une fois établie, on peut obtenir l'oblitération plus ou moins rapide du trajet fistuleux, grâce à des injections de liquides modificateurs, de cautérisations à l'iode, au nitrate d'argent, au thermo-cautère.

Certains opérateurs ont pratiqué l'écouvillonnage du trajet, mais ce procédé aveugle et incertain, doit être délaissé.

On pourra dilater le trajet à l'aide de lamineurs afin de procéder à sa désinfection plus facile et plus rapide; cette dilatation facilitera la sortie des fils ou permettra leur extraction au moyen d'une pince.

En cas de fistule complète, on peut envisager l'excision en tranche de melon et de la paroi abdominale cicatricielle et de la tranche utérine origine du trajet fistuleux, suivie de la reconstitution et de l'utérus et de la paroi plan par plan.

Enfin, quand tous les traitements auront échoué, on pourra, en désespoir de cause, avoir recours au moyen curatif radical, c'est-à-dire pratiquer une hystérectomie.

Mais il faudra toujours, les fistules étant le plus souvent incomplètes et par conséquent compatibles avec une nouvelle grossesse, s'efforcer d'obtenir la guérison par une méthode conservatrice.

Enfin, le cas peut se produire (première de nos observations) où l'on ait à pratiquer une nouvelle opération césarienne sur une femme portant une fistule utéro-pariétale.

Il sera bon d'intervenir avant tout début du travail. L'opération ainsi entreprise sur une malade préparée, aseptisée, offrira davantage de chances de succès. La nouvelle incision devra éviter le foyer d'infection ; c'est-à-dire le trajet fistuleux, elle sera haute et par cela même le plus souvent facilitée par la position de l'utérus qui a subi par ses adhérences une véritable hystéropexie et qui, au cours de la grossesse s'est surtout développé aux dépens de son fond et de sa face postérieure.

L'enfant extrait, on se rendra compte de l'étendue, de l'importance du ou des trajets fistuleux, des adhérences, de l'état de la paroi utérine ; après cet examen, on décidera s'il y a lieu de conserver l'utérus ou de pratiquer l'hystérectomie.

Tous les opérateurs intervenant dans ces conditions ont adoptés cette ligne de conduite qui fut suivie par notre maître, M. le professeur Grosse.

Dans certains cas, il se pourra, peut-être, que l'opérateur ne procédera qu'à l'excision du trajet fistuleux et conservera l'utérus, mais cette question ne sera résolue qu'après l'extraction de l'enfant et après un examen minutieux de l'utérus.

IX

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Due à l'obligeance de M. le professeur Grosse)

Mme A. M..., âgée de 28 ans, est née à terme et bien constituée. Elle a commencé à marcher à onze mois. Un mois et demi environ après, elle est atteinte de paralysie infantile des membres inférieurs. Les membres supérieurs, le tronc sont respectés. Réglée à 14 ans, toujours régulièrement réglée depuis.

Le 19 septembre 1910, elle subit, en dehors de nous et de notre service, une première opération césarienne. Trois mois environ après, formation d'un volumineux abcès au niveau de la cicatrice abdominale et élimination successive de plusieurs fils de lin. Une fistule utérine permanente s'établit, donnant chaque mois issue à du sang au moment des règles.

En mai 1912, la femme fait une fausse couche de trois mois, au cours de laquelle elle élimine de gros caillots de sang par sa fistule. A partir de cette époque, il ne s'écoule plus de sang par la fistule, mais seulement de la sérosité purulente.

Trois mois après, la femme redevient enceinte. Les dernières règles ont eu lieu du 18 au 20 août 1912.

L'écoulement séro-purulent s'arrête, et la fistule se ferme peu après le début de la grossesse. A la fin de mai, la malade nous est adressée par notre excellent confrère, le docteur Lemerle; elle entre, le 26 mai, à la Maternité clinique de Nantes, dans le service de M. le professeur Guillemet.

Examen de la malade. — Paralyisie spinale infantile à type paraplégique des membres inférieurs. La malade présente une impotence complète des membres inférieurs, dont le volume est à peu près celui des membres d'un enfant de six à sept ans. Par suite de la rétraction de certains des muscles paralysés, les cuisses sont en flexion sur le bassin les jambes en flexion sur les cuisses, et il est impossible d'obtenir la rectitude complète des membres inférieurs. L'élévation spontanée des membres inférieurs est impossible, et la malade ne peut détacher le talon du plan du lit. La malade peut cependant exécuter un léger mouvement de flexion de la cuisse, combiné avec un certain degré d'abduction et de rotation en dehors, grâce à l'action du tenseur du *fascia lata*, qui est relativement bien conservé de chaque côté. Tous les autres muscles présentent une atrophie considérable, surtout marquée du côté droit. Double pied-bot paralytique en *latus varus*, avec pied creux; le pied repose en grande partie sur le lit par sa face externe. Du côté droit le pied-bot est devenu un pied ballant, par suite de la section inconsiderée du tendon d'Achille, il y a quelques années.

Abolition complète des réflexes rotuliens et achilléens. Sensibilité normale dans tous ses modes sur toute l'étendue des membres inférieurs. Ensellure lombaire très prononcée avec scoliose à double courbure, à convexité gauche au ni-

veau de la région dorsale, à convexité droite au niveau de la région lombo-sacrée.

Il existe une anteversion très prononcée du bassin, à tel point que, dans le décubitus dorsal, la vulve regarde le plan du lit.

Le fond de l'utérus s'élève à 40 centimètres au-dessus du pubis; l'utérus présente une anteversion marquée. La paroi abdominale est très mince, parcourue par des veinosités. Au-dessous de l'ombilic et à droite de la cicatrice de la section césarienne, se voit l'orifice extérieur, oblitéré, de la fistule utérine, circonscrite à distance par un anneau fibreux admettant l'extrémité de l'index, dans l'aire duquel la paroi abdominale est réduite à la peau, très mince et violacée.

Par suite du peu d'épaisseur de la paroi abdominale, le fœtus paraît très superficiel sous la main. Il s'agit d'une présentation céphalique avec dos à gauche; la tête fœtale est très élevée au-dessus du détroit supérieur, ayant tendance à fuir dans la fosse iliaque droite. Les bruits du cœur fœtal sont perçus avec force à gauche, et au-dessous de l'ombilic.

Le bassin présente le type infantile, il est légèrement aplati du côté droit. Le promontoire, rapproché du pubis, se trouve un peu à droite de la ligne médiane. Le diamètre promonto-sous-pubien est de 8 centim. 2.

Opération césarienne. — Le 29 mai, avant tout début de travail, M. le professeur Guillemet veut bien nous confier le soin de l'opération et nous assister, ainsi que le docteur Favreul, qui avait examiné la malade avec nous. Dans le but d'éviter les adhérences, reliquat de la première césarienne, on fait une laparotomie haute, sus-ombilicale. La paroi abdominale est très mince; il existe quelques adhérences utéro-pariétales peu importantes à la partie infé-

rière de l'incision et une adhérence de l'épiploon à sa partie supérieure. L'utérus est extériorisé, couché sur un lit de compresses; la partie supérieure de l'incision abdominale, au-dessus de lui, est provisoirement fermée à l'aide de deux pinces de Museux. Section de l'utérus; à la partie inférieure de l'incision, on tombe sur le placenta qui est entamé sur une petite étendue. L'incision utérine est agrandie par en haut, et on extrait l'enfant, qui crie aussitôt. Le placenta, se décollant spontanément et venant faire hernie à travers la plaie utérine, est enlevé immédiatement.

On examine alors l'utérus pour voir si son ablation est indispensable ou s'il est possible de le conserver.

On constate que sa paroi antérieure, sur le trajet de la première section césarienne, est extrêmement mince et fragile. On décide, en conséquence de pratiquer l'hystérectomie. La libération de l'utérus est facile; les adhérences qui l'unissent à la paroi abdominale au niveau et au-dessous de la fistule sont dissociées sans difficulté. Hystérectomie subtotale avec ablation des ovaires. Les pédicules vasculaires sont liés au fil de lin. La portion de la paroi abdominale qui bordait la fistule est excisée; la paroi abdominale est tellement mince qu'on ne fait qu'un plan de suture au catgut, par points séparés, comprenant à la fois le péritoine et les vestiges de muscles qu'on peut réunir. Suture de la peau au crin de Florence. Drain sus-pubien.

Examen de la pièce. — La section césarienne actuelle a porté sur la partie supérieure de la face antérieure et sur le fond de l'utérus. Les adhérences utéro-pariétales consécutives à la première opération césarienne constituaient une hystéropexie naturelle, aussi le développement de l'utérus s'est-il fait aux dépens du fond et de la face postérieure de l'utérus. Ces adhérences péritonéales, dont on voit des lambeaux à la surface de l'utérus, s'étaient allongées et ramol-

lies pendant la grossesse, rendant ainsi facile la libération de l'utérus au cours de l'opération.

Au-dessous de notre incision, séparée d'elle par un à deux centimètres de tissu sain, se voit la cicatrice de la première section césarienne, longue de six à sept centimètres sur l'utérus rétracté.

Cette cicatrice est large de deux centimètres et demi, froncée, présentant de distance en distance des sillons marquant la place des fils éliminés. La paroi utérine est très mince sur toute l'étendue de la zone cicatricielle, réduite en certains points au feuillet péritonéal. En deux points notamment, autour de la fistule et un peu au-dessous d'elle, sa minceur est celle d'une feuille de papier à cigarette, et on voit, par transparence, le doigt qui refoule cette fragile cloison. Sur la face interne de l'utérus, on trouve l'orifice profond de la fistule. Il est facile d'y introduire un stylet, qui vient faire saillie à la surface externe de l'utérus, où la fistule n'est oblitérée que par une adhérence péritonéale très mince.

La surface d'insertion placentaire est très visible; le placenta était inséré sur la partie gauche de la face antérieure de l'utérus, recouvrant la partie supérieure de la cicatrice de la première section césarienne, qu'il dépassait par en haut, au point où il a été entamé par les ciseaux à l'extrémité inférieure de notre incision.

Suites opératoires. — Simples. On retire le drain au bout de quarante-huit heures. Apyrexie absolue; la température est régulièrement 37°1, 37°2 le soir, au-dessous de 37° le matin. La montée laiteuse se fait tardivement, le sixième jour, mais le lait vient abondamment, et la femme nourrit entièrement son enfant au sein. Elle quitte le service le seizième jour après l'opération.

Enfant. — Fille, pesant 3.490 grammes à la naissance ; le placenta pèse 680 grammes. L'enfant présente un état physique satisfaisant. Nourrie au sein par la mère, elle s'élève facilement et progresse régulièrement de poids.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le professeur Grosse)

Mme P..., 29 ans, a subi, le 12 décembre 1908, une opération césarienne, à la fin d'une première grossesse, pour dystocie par kyste de l'ovaire. L'opération fut pratiquée quarante-deux heures après la rupture des membranes et après plusieurs tentatives d'application de forceps, faites à domicile. La suture de l'utérus a été faite au fil de lin, par points séparés, comprenant toute l'épaisseur de la paroi, moins la muqueuse. Dans l'intervalle de ces premiers points, on place des points de catgut partout où l'affrontement séreux, laisse à désirer, de façon à obtenir un accolement parfait du péritoine. Après la suture de l'utérus, on procéda à l'ablation du kyste ; il s'agissait d'un kyste de l'ovaire gauche, uniloculaire, à paroi mince, contenant 950 grammes de liquide citrin. Fermeture de l'abdomen par trois plans de suture et drainage sus-pubien. L'enfant, du sexe masculin, fut extrait vivant et pesait 3.310 grammes. Il a été élevé au sein par la mère et est actuellement un enfant vigoureux.

Suites opératoires. — Le drain est enlevé au bout de quarante-huit heures.

Pendant les cinq premiers jours, il y eut une légère élévation à 38°, pendant les quatre jours suivants, la tempéra-

ture ne dépassa pas 37°2. La femme se leva le vingt et unième jour après l'opération, et sortit le 7 janvier du service, vingt-cinq jours après l'opération, en apparence complètement guérie.

Mais, dans les mois qui suivirent, un abcès se produisit à la partie inférieure de la cicatrice abdominale, et il y eut élimination successive de quatre ou cinq des fils de lin de la suture utérine. Une fistulette sus-pubienne intermittente s'établit, qui donnait de temps en temps issue à quelques gouttes de pus séreux. Cette fistulette ne causait aucune gêne à la malade et elle l'incommodait si peu qu'elle ne s'en préoccupa pas et ne consulta pas.

C'est seulement, en août 1913, lorsque nous avons eu l'occasion de revoir la malade après son accouchement, que nous avons eu connaissance de cette petite complication.

En octobre 1912, la femme redevint enceinte, la grossesse se passa sans aucun trouble, et la fistulette se ferma spontanément dès le début de la gestation, vers le deuxième mois.

La femme est accouchée spontanément chez elle le 11 juillet 1913, assistée seulement par une sage-femme. Le travail a été rapide. La parturiente ressentit, dans la matinée quelques légères douleurs, qu'elle prit pour des coliques intestinales, étant habituellement constipée. Mais les douleurs devenant plus vives, elle demanda la sage-femme à 2 heures de l'après-midi et à 4 heures accoucha spontanément d'un gros garçon de huit livres et demie. La poche des eaux fut rompue par la sage-femme à la dilatation complète, peu avant la naissance de l'enfant.

Au moment de la délivrance, il y eut une perte de sang abondante, mais qui s'arrêta sitôt après l'extraction du placenta. Délivrance naturelle et complète.

Les suites de couches ont été excellentes, sans température. La femme s'est levée le dixième jour; elle allaite son enfant et est très bonne nourrice. Nous avons revu cette malade le 22 août 1913. La paroi abdominale n'est pas affaiblie, la cicatrice longue, pigmentée, froncée, est solide; il n'y a aucune tendance à l'éventration. A l'extrémité inférieure de la cicatrice, au-dessus du pubis, on voit l'orifice oblitéré de la fistulette; la paroi abdominale n'est pas animée à ce niveau.

L'utérus est de volume normal, mais il est haut situé, abdominal, comme après une hystéropexie. Il est en anteversion forcée, adhérent par sa face antérieure à la paroi abdominale au-dessus du pubis. Le col utérin est fortement attiré en haut et fait à peine saillie dans le vagin.

Nous avons eu l'occasion de revoir la malade le 30 avril 1914. La fistule, qui était restée fermée depuis l'accouchement, s'est rouverte de nouveau ces jours-ci, donnant issue à quelques gouttes de sérosité; elle ne nécessite aucun pansement, n'incommodé nullement la malade qui trouve cette petite complication insignifiante, mais accepte cependant, si elle persiste, de se soumettre à la petite intervention que nous lui proposons pour y mettre un terme.

OBSERVATION III

Infection tardive des fils de suture dans l'opération césarienne

(Tissier, *Annales de la Société Obstétricale de France*, 12^e séance, année 1909
page 212)

Le 6 août 1907, je dus, chez une femme à terme, dont tout le bassin était obstrué par un kyste intra-ligamenteux, pratiquer d'urgence, à la Maternité, l'opération césarienne.

Je me contentais, allant au plus pressé, de délivrer la parturiente sans m'occuper de la tumeur.

Il ne survint à la suite aucune espèce d'incident, ni d'infection, comme la courbe thermique en témoigne.

Tout alla donc admirablement, tant au point de vue général qu'au point de vue local, pendant plus d'un an.

Mais, en octobre 1908, au bout de quatorze mois, mon opérée vint me montrer, sur sa ligne cicatricielle, une fistulette profonde de 5 à 6 centimètres, très légèrement suintante. Il ne pouvait être question d'incriminer la paroi réunie au catgut et au crin.

C'était, à n'en pas douter, une des soies de la tranche utérine qui ne s'était pas résorbée naturellement et qui s'était infectée. En effet, la fistule fut agrandie par des lamineuses et le fil du délit fut éliminé. J'espérais que tout était terminé. Il n'en fut rien. De mois en mois, notre malade, nullement gênée d'ailleurs, m'apportait une petite anse soyeuse qu'elle recueillait religieusement. Elle en dévida cinq de la sorte.

En août dernier, cette brave femme se souvint qu'elle avait toujours son kyste qui ne la troublait pas, mais qui, en cas de grossesse, n'aurait pas manqué de constituer encore un sérieux achoppement; elle demande donc au docteur Mauclair de la débarrasser. Ce qui fut fait.

A l'ouverture du ventre — je passe bien entendu toutes les phases de l'opération — on vit, entre le kyste dermoïde qui fut extrait, une bride adhérente entre la paroi et l'utérus. Au niveau de son point d'attache profond existait un petit cratère de quelques millimètres de profondeur, plus long que large, mesurant dans la grande dimension peut être deux centimètres et demi, à la surface duquel verminaient, si j'ose dire, cinq à six fils blanchâtres qui furent enlevés à la pince.

La ligne de suture, longue à l'orifice de 18 centimètres environ s'était donc, depuis deux ans, rétractée comme l'utérus et ne mesurait plus que les faibles dimensions indiquées, groupant en amas ces fils primitivement séparés chacun de près de 2 centimètres. Le docteur Mauclair gratta, cautérisa et sutura la plaie.

CONCLUSIONS

I. Les fistules utéro-pariétales consécutives à l'opération césarienne conservatrice, inconnues autrefois, deviendront de plus en plus fréquentes depuis que les indications de l'opération césarienne conservatrice se sont étendues.

II. Ces complications ne guérissent en général pas spontanément, on doit procéder à leur cure chirurgicale par une méthode conservatrice.

III. Les fistules utéro-pariétales complètes semblent peu compatibles avec l'évolution jusqu'à terme d'une grossesse.

Les fistules incomplètes, borgnes, externes sont les plus fréquentes; elles sont compatibles avec une grossesse, et, en général, l'évolution de la grossesse est favorable.

IV. De son côté, la gestation semble avoir une action favorable sur l'évolution des fistules: transformant les fistules complètes en fistules borgnes externes, en tarissant et en fermant, du moins pendant la durée de la grossesse, les fistules incomplètes.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AUDEBERT. — Ann. de gyn. et d'obst., 1911, Société d'obst.
— Annales de gynécologie, 1912.
- BONNAIRE. — Presse médicale, 1907, p. 633.
- BRINDEAU. — Opération césarienne itérative. L'obstétrique,
1909.
- BURTY. — Société des chirurgiens de Paris, octobre 1911.
- COUVELAIRE. — Ann. de gyn. et d'obs., 1909, p. 679.
— Annales de gynécologie.
- DOLÉRIÉ. — Annales de gyn., 1912, p. 605.
- GROSSE. — Revue de gynécologie, d'obstétrique et de pæ-
diatrie, juin 1914.
- HERGOTT. — Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1909,
p. 696.
- JEANNIN. — L'obstétrique, 1911, p. 316.
— Presse médicale, 1910, p. 587.
- LE LORIER. — L'obstétrique, 1911, p. 983.
- LEPAGE. — Ann. de gyn. et d'obst., 1910, Société d'obst.
— Opération césarienne. Ann. gyn., 1906.
— Bulletin médical, 1907, p. 476.
- MOUCHOTTE. — Comptes rendus de la Société d'obstétrique,
de gynécologie et de pædiatrie, 1908, p. 234.
- TISSIER. — Société obstétricale de France, 1909.

Thèses

- BENOIST. — Montpellier, 1911-12.
LARNAUDIE. — Toulouse, 1908-09.
LINGER. — Paris, 1908-09.
LEMOUSSU. — Paris, 1907-08.
MARIOTON. — Paris, 1911-12.
MORAND. — Paris, 1911-12.
NUVILLE. — Toulouse, 1910-11.
PRUHINSHOLZ. — Nancy, 1902.
-

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 19 juillet 1919.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 19 juillet 1919.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
